



А.Н. Коваль^{1,2}, Н.В. Ташкинов², Н.И. Бояринцев², Б.М. Когут², П.М. Косенко²

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ПРИ ИСКУССТВЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

¹301 Военный клинический госпиталь, 680028, ул. Серышева, 1а, тел. 8-(4212)-39-76-30;

²Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

В статье обсуждается эффективность применения конфронтационного и неконфронтационного подходов при выяснении наличия искусственных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей (ИГВЗМТ) у 302 пациентов молодого возраста. Установлено, что применение конфронтационного по сравнению с неконфронтационным подходом в выяснении наличия ИГВЗМТ позволило статистически значимо ($p < 0,05$) уменьшить частоту попыток пролонгации госпитализации с 45,6 % до 17,6 %, склонность к нарушению дисциплины с 43,3 % до 24,4 % и снизить частоту повторных госпитализаций с данной патологией с 7,6 % до 2,3 %. В то же время, частота признания факта членовредительства при конфронтационном и неконфронтационном подходах практически не отличалась и составила соответственно 76,3 % и 70,2 % ($p > 0,05$). Также не отличалась и средняя длительность госпитализации пациентов с конфронтационным и неконфронтационным подходами, которая составила соответственно $38,4 \pm 7,2$ и $39,1 \pm 8,4$ дня.

A.N. Koval^{1,2}, N.V. Tashkinov², N.I. Boiarintsev², B.M. Kogut², P.M. Kosenko²

COMPARATIVE ASSESSMENT OF DIAGNOSTIC APPROACHES FOR ARTIFICIAL PYOINFLAMMATORY DISEASES OF SOFT TISSUES

¹Military Clinical Hospital № 301;

²Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

This article discusses the effectiveness of the application of confrontational and non-confrontational approaches in determining the presence of artificial pyoinflammatory diseases of the soft tissues (APIDST) in 302 young patients. It was revealed that the use of a confrontational approach as compared to a non-confrontational approach in determining the presence of APIDST allowed a statistically significant ($p < 0,05$) reduction in the frequency of attempts to prolong hospitalization from 45,6 % to 17,6 %, and a tendency to misconduct from 43,3 % to 24,4 % and reduce the frequency of repeated hospitalizations with this pathology from 7,6 % to 2,3 %. At the same time, the frequency of recognition of self-mutilation in confrontational and non-confrontational approaches was practically the same and corresponded to 76,3 % and 70,2 % ($p > 0,05$). Moreover, a average length of hospitalization of patients with confrontational and non-confrontational approaches also did not differ, amounting to $38,4 \pm 7,2$ and $39,1 \pm 8,4$ days, respectively.

Key words: artificial pyoinflammatory diseases of soft tissues, military servicemen, diagnostics.

Под ИГВЗМТ понимают патологический процесс, напоминающий обычную нозологическую форму, но вызванный искусственно, с целью получения определенных выгод, путем умышленного воздействия разнообразных внешних повреждающих факторов на

ткани, органы и системы организма (Колкутин В.В. и соавт., 2004, Коваль А.Н. и соавт., 2018).

Известно, что в настоящее время существуют два взаимно противоположных подхода при диагностике ИГВЗМТ: конфронтационный и неконфронтационный

(Ae R., et al., 2012; Bass C., et al., 2014). Мнения клиницистов об эффективности этих подходов диаметрально противоположны, поэтому мы провели сравнительный

анализ эффективности их применения в диагностике ИГВЗМТ.

Материалы и методы

Мы располагаем опытом лечения 302 пациентов – мужчин молодого возраста с ИГВЗМТ, находившихся в отделении гнойной хирургии 301 Военного клинического госпиталя г. Хабаровска с 1987 по 2011 гг., число которых составило 6,1 % среди всех больных с различными формами хирургической инфекции мягких тканей.

Для выявления эффективности определения наличия ИГВЗМТ мы сформировали основную группу, в которую был включен 131 пациент, которым применялся конфронтационный подход (КП) в диагностике искусственного характера заболевания, и группу сравнения, включающую 171 пациент, которым применялся неконфронтационный подход (НКП). Необходимо отметить, что при первичном осмотре мы не излагали пациентам своих предположений об искусственном характере их заболеваний. Лишь после того, как был получен комплекс неоспоримых доказательств искусственного характера заболевания, мы применяли конфронтационный или неконфронтационный подход. Отрицание пациентами искусственного характера патологии было связано, по нашему мнению, с опасениями

юридической ответственности за свои противоправные действия.

Конфронтационный подход предусматривал прямое изложение пациентам объективных фактов об искусственном характере их заболевания с предложением сотрудничества и поддержки.

Неконфронтационный подход включал информирование пациентов о возможности наличия у них искусственного характера заболевания с целью добровольного признания факта аутоагрессии.

Для сравнения средних значений количественных показателей определяли среднюю арифметическую величину (M) и стандартное отклонение (s). Для оценки нормальности распределения использовали критерий Шапиро – Уилка. Сравнение групп по количественным признакам проводили с использованием критерия Манна – Уитни.

С целью сравнения качественных показателей использовался критерий хи-квадрат (χ^2). Критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимали равным $p < 0,05$.

Статистический анализ был выполнен с использованием программы PSPP (freeware).

Результаты и обсуждение

В качестве показателей эффективности конфронтационного и неконфронтационного подходов нами были предложены следующие критерии: признание больным факта аутоагрессии, средние сроки госпитализации, наличие попыток пролонгировать госпитализацию, число повторных случаев госпитализации по поводу ИГВЗМТ, а также склонность к нарушению дисциплины (таблица).

Таблица

Сравнительная характеристика эффективности применения конфронтационного и неконфронтационного подходов в диагностике ИГВЗМТ

Показатели	Неконфронтационный подход (n=171)	Конфронтационный подход (n=131)	Критерий χ^2	
	n, %	n, %	значение критерия	уровень значимости (p)
Признание факта аутоагрессии	120 (70,2 %)	100 (76,3 %)	1,423	p=0,233
Попытка пролонгировать госпитализацию	78 (45,6 %)	23 (17,6 %)	26,232	p<0,001
Склонность к нарушению дисциплины	74 (43,3 %)	32 (24,4 %)	11,567	p<0,001
Число повторных госпитализаций по поводу ИГВЗМТ	13 (7,6 %)	3 (2,3 %)	4,172	p=0,042

Как видно из таблицы, при применении НКП факт членовредительства признали 120 (70,2 %) из 171 пациента, в то время как применение КП позволило установить факт аутоагрессии у 100 (76,3 %) больных, что свидетельствует о недостоверном влиянии вида

диагностического подхода на признание факта аутоагрессии ($\chi^2=1,423$, p=0,233).

По нашему мнению, относительно высокий процент добровольного признания пациентами обеих групп (70,2 % и 76,3 %) факта аутоагрессии был связан с тем, что они информировались врачами об опасности для жизни в случае неправильного лечения из-за отсутствия сведений об истинных причинах возникновения заболевания. С другой стороны, относительно высокий процент (29,8 % и 23,7 %) отрицания признания факта членовредительства в обеих группах был связан, по нашему мнению, с опасениями наступления дисциплинарной ответственности за противоправные действия.

Стремилась продлить свое нахождение в стационаре различными способами, чтобы как можно дольше не возвращаться в подразделение, при осуществлении НКП – 45,6 % и при проведении КП – 17,6 % пациентов. Таким образом, вид диагностического подхода статистически значимо влияет на попытку пролонгировать госпитализацию ($\chi^2=26,232$, p<0,001).

Среди способов продления пребывания в стационаре наиболее часто наблюдалось симулирование высокой температуры тела при термометрии.

Склонность к нарушению дисциплины (грубость по отношению к медицинскому персоналу, самовольный уход из отделения, нарушение правил взаимоотношений, участие в драках, употребление алкоголя) и низкая приверженность к лечению при применении НКП имело место в 74 (43,3 %) случаях, в то время как подобные явления среди больных в отношении которых применялся КП наблюдались лишь

в 32 (24,4 %) случаях. Таким образом, наблюдается статистически значимое влияние используемого диагностического подхода на оцениваемые показатели ($\chi^2=11,567$, $p<0,001$).

Наиболее значимым показателем эффективности конфронтационного и неконфронтационного подходов мы считаем частоту повторных госпитализаций пациентов по поводу ИГВЗМТ. Так, при применении НКП 13 (7,6 %) пациентов были повторно госпитализированы в отделение с диагнозом ИГВЗМТ в течение от 1 месяца до 2 лет после первой госпитализации, в то время как повторная госпитализация по поводу ИГВЗМТ у пациентов в отношении которых использовался КП наблюдалась лишь в 3 (2,3 %) случаях, что подтверждает достоверное влияние выбора диагностического подхода на число повторных госпитализаций ($\chi^2=4,172$, $p=0,042$).

Средние сроки госпитализации в изучаемых группах (КП – $38,4 \pm 7,2$ дня, НКП – $39,1 \pm 8,4$ дня) не имели статистически значимых различий ($p>0,05$), что обусловлено, по нашему мнению, своевременным выявлением и пресечением попыток пациентов продлить госпитализацию.

Анализ доступной литературы по исследуемой проблеме показал отсутствие единого мнения относительно линии поведения врачей по отношению к пациентам с искусственными заболеваниями (Yates G. P., et al., 2016; Wong L., et al., 2016).

В настоящее время авторы предлагают два взаимно противоположных подхода: конфронтационный и неконфронтационный (Ae R., et al., 2012; Bass C., et al., 2014). Наиболее трудной дилеммой, которая возникает перед врачами, является выбор того или иного подхода в отношении пациентов с искусственными заболеваниями (Stefanos D., et al., 2010).

Например, ряд клиницистов считает наиболее эффективным КП, предусматривающий прямое изложение пациенту фактов об искусственном характере

его заболевания с предложением сотрудничества и поддержки (Reich P., et al., 1983; Maldonado J.R., 2002; Ae R., et al., 2012). Другие исследователи являются сторонниками НКП, предоставляя больному возможность «сохранить лицо» и обеспечивая «выздоровление без принуждения», что нередко приводит к увеличению сроков пребывания больного в стационаре. В то же время, это компенсируется сохранением взаимного доверия в отношениях врач / пациент и уменьшением числа рецидивов (Uçmak D., et al., 2014; Wong L., et al., 2016; Schnellbacher S., et al., 2016). Кроме того, сторонники НКП полагают, что конфронтация зачастую приводит к потере доверия к врачу, бегству пациента из стационара, возобновлению аутоагрессивных действий вплоть до суицидальных попыток (Katzner A., et al., 1997; Harth W., et al., 2009; Wong L., et al., 2016).

Некоторые авторы (S. Eastwood, et al., 2008) утверждают, что результаты лечения не зависят от подхода.

Также в литературе имеются разноречивые данные относительно частоты признания больными факта аутоагрессии. Так, по данным Я.Л. Заруцкого и соавт. (2009), лишь в 25,1 % случаев больные из организованного коллектива признавались в искусственном характере ИГВЗМТ. Krahn L.E., et al. (2003) указывают, что только 17,2 % больных добровольно признали искусственный характер своей патологии. N.A. Alinejad, et al. (2011) отмечают, что всего 39 % пациентов признали наличие аутоагрессии при применении неконфронтационного подхода, в то время как Т. В. Бурловой (1998) удалось получить аналогичное признание при применении НКП у 65 % пациентов.

По нашему глубокому убеждению, недостатком НКП, предусматривающего максимальную лояльность со стороны врача в отношении членовредителя, рассматривается последним, в условиях организованного коллектива со строгой иерархией служебных отношений, как проявление слабости, что приводит впоследствии к ухудшению результатов лечения.

Выводы

1. Применение конфронтационного или неконфронтационного подходов в диагностике ИГВЗМТ статистически незначимо повышает частоту признания факта аутоагрессии по сравнению с неконфронтационным подходом с 70,2 % до 76,3 % и не влияет на длительность госпитализации больных.

2. Применение конфронтационного по сравнению с неконфронтационным подходом в диагностике ИГВЗМТ позволяет статистически значимо уменьшить частоту попыток пролонгации госпитализации с

45,6 % до 17,6 % случаев, случаи нарушения дисциплины с 43,3 % до 24,4 % и частоту повторных госпитализаций с данной патологией с 7,6 % до 2,3 % случаев.

3. Выбор неконфронтационного или конфронтационного подходов в диагностике наличия ИГВЗМТ должен применяться лечащим врачом в каждом конкретном случае индивидуально, исходя из особенностей поведения пациента, хотя использование КП характеризуется более высокой эффективностью.

Литература

1. Бурлова Т.В. Патомимия в клинике гнойной хирургии: дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 121 с.
2. Коваль А.Н., Ташкинов Н.В., Мелконян Г.Г. и соавт. Диагностические особенности «искусственных» гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2018. – Т. 177, № 8. – С. 31-35.
3. Колкутин В.В., Соседко Ю.И. Судебно-медицинская экспертиза при подозрении на членовреди-

тельство и симуляцию. – М.: Юрлитинформ, 2004. – 167 с.

4. Хирургическая инфекция: учеб. для слушателей-хирургов Украинской военно-мед. академии, врачей-интернов, практикующих хирургов / Н.П. Безлюда [и др.]; ред. Я.Л. Заруцкий; Украинская военно-медицинская академия, Главный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ». – Киев: [б.и.], 2009. – 296 с.

5. Ae R., Nakamura Y., Tsuboi S. Self-injury in Japan: epidemiological features from the nationwide survey data of 2010 // *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. – 2012. – Vol. 59, № 9. – P. 665-74.
6. Alinejad N.A., Ottel D. J. Factitious Disorder as Repeated Diabetic Ketoacidosis *Innov // Clin. Neurosci.* – 2011. – Vol. 8, № 2. – P. 41-47.
7. Bass C., Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management // *Lancet*. – 2014. – Vol. 19, № 383. – P. 1422-1432.
8. Eastwood S., Bisson J.I. Management of factitious disorders: a systematic review // *Psychother Psychosom.* – 2008. – Vol. 77, № 4. – P. 209-18.
9. Harth W., Gieler U., Kusnir D. Clinical Management in Psychodermatology. Springer, 2009. – 291 p.
10. Katzer A., Schaaf S.R., Wening J.V. Self-induced injuries – surgical aspects // *Unfallchirurgie*. – 1997. – Vol. 23, № 3. – P. 105-113.
11. Krahn L.E., Li H., O'Connor M.K. Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms // *Am. J. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 160, № 6. – P. 1163-1168.

Literature

1. Burlova T.V. Pathomimia in the clinic of purulent surgery: Abstract of a thesis ... of a Candidate of Medical Science. – M., 1998. – 121 p.
2. Koval A.N., Tashkinov N.V., Melkonyan G.G. et al. Diagnostic features of «artificial» purulent-inflammatory diseases of soft tissues // *Grekov's Bulletin of Surgery*. – 2018. – Vol. 177. – № 8. – P. 31-35.
3. Kolkutin V.V., Sosedko Yu.I. Forensic medical examination for suspected mutilation and simulation. – M.: Yurlitinform, 2004. – 167 p.
4. Surgical infection: a textbook for the students of the Ukrainian Military Medical Academy, interns, practicing surgeons / N.P. Bezlyuda [et al.]; Ed. by Ya.L. Zarutsky; Ukrainian Military Medical Academy, Chief Military Medical Clinical Center «MVCH». – K.: [w/o PH]. – 2009. – 296 p.
5. Ae R., Nakamura Y., Tsuboi S. Self-injury in Japan: epidemiological features from the nationwide survey data of 2010 // *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. – 2012. – Vol. 59, № 9. – P. 665-74.
6. Alinejad N.A., Ottel D. J. Factitious Disorder as Repeated Diabetic Ketoacidosis *Innov // Clin. Neurosci.* – 2011. – Vol. 8, № 2. – P. 41-47.
7. Bass C., Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management // *Lancet*. – 2014. – Vol. 19, № 383. – P. 1422-1432.
8. Eastwood S., Bisson J.I. Management of factitious disorders: a systematic review // *Psychother Psychosom.* – 2008. – Vol. 77, № 4. – P. 209-18.
9. Harth W., Gieler U., Kusnir D. Clinical Management in Psychodermatology. Springer, 2009. – 291 p.

12. Maldonado J.R. When patients deceive doctors: a review of Factitious Disorders // *Am. J. of Forensic Psychiatry*. – 2002. – Vol. 23, № 2. – P. 29-58.
13. Reich P., Gottfried L.A. Factitious disorders in a teaching hospital // *Ann Intern Med*. – 1983. – Vol. 99, № 2. – P. 240-247.
14. Schnellbacher S., Mara H.O. Identifying and Managing Malingering and Factitious Disorder in the Military // *Curr Psychiatry Rep.* – 2016. – Vol. 18, № 11. – P. 105.
15. Stefanos D., Theoni-Fani T., Orestis G. A rare variation of factitious disorder: case report // *BMMR*. – 2010. – Vol. 13, № 4. – P. 173-176.
16. Uçmak D., Harman M., Akkurt Z. M. Dermatitis artefacta: a retrospective analysis // *Cutan Ocul Toxicol.* – 2014. – Vol. 33, № 1. – P. 22-27.
17. Wong L., Detweiler M.B. Munchausen Syndrome: A Review of Patient Management // *Psychiatric Annals*. – 2016. – Vol. 46, № 1. – P. 66-70.
18. Yates G.P., Yates M.A., Feldman M. D. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature // *Gen. Hosp. Psychiatry*. – 2016. – Vol. 41, № 1. – P. 20-28.

10. Katzer A., Schaaf S.R., Wening J.V. Self-induced injuries – surgical aspects // *Unfallchirurgie*. – 1997. – Vol. 23, № 3. – P. 105-113.
11. Krahn L.E., Li H., O'Connor M.K. Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms // *Am. J. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 160, № 6. – P. 1163-1168.
12. Maldonado J.R. When patients deceive doctors: a review of Factitious Disorders // *Am. J. of Forensic Psychiatry*. – 2002. – Vol. 23, № 2. – P. 29-58.
13. Reich P., Gottfried L.A. Factitious disorders in a teaching hospital // *Ann Intern Med*. – 1983. – Vol. 99, № 2. – P. 240-247.
14. Schnellbacher S., Mara H.O. Identifying and Managing Malingering and Factitious Disorder in the Military // *Curr Psychiatry Rep.* – 2016. – Vol. 18, № 11. – P. 105.
15. Stefanos D., Theoni-Fani T., Orestis G. A rare variation of factitious disorder: case report // *BMMR*. – 2010. – Vol. 13, № 4. – P. 173-176.
16. Uçmak D., Harman M., Akkurt Z. M. Dermatitis artefacta: a retrospective analysis // *Cutan Ocul Toxicol.* – 2014. – Vol. 33, № 1. – P. 22-27.
17. Wong L., Detweiler M.B. Munchausen Syndrome: A Review of Patient Management // *Psychiatric Annals*. – 2016. – Vol. 46, № 1. – P. 66-70.
18. Yates G.P., Yates M.A., Feldman M. D. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature // *Gen. Hosp. Psychiatry*. – 2016. – Vol. 41, № 1. – P. 20-28.

Координаты для связи с авторами: Коваль Алексей Николаевич – канд. мед. наук, врач-хирург отделения гнойной хирургии 301 ВКГ, доцент кафедры общей и факультетской хирургии ДВГМУ, тел.+7-914-191-53-28, e-mail: afuolle@rambler.ru; Ташкинов Николай Владимирович – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой хирургии ФПК и ППС ДВГМУ, e-mail: tashkinov@mail.ru; Когут Борис Михайлович – д-р мед. наук, проф., проф. кафедры нормальной и топографической анатомии с курсом оперативной хирургии ДВГМУ, e-mail: el.kogut2012@yandex.ru; Бояринцев Николай Иванович – д-р мед. наук, проф. кафедры общей и клинической хирургии ДВГМУ, e-mail: NIB777@mail.ru; Косенко Павел Михайлович – канд. мед. наук, доцент кафедры общей и клинической хирургии ДВГМУ, e-mail: kosenko@inbox.ru.